

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1903

THÈSE

N^o

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 16 décembre 1903, à 1 heure

Par **Pierre COURCHET**

Ancien externe des hôpitaux de Paris.

TRAITEMENT

DE LA

PYORRHÉE ALVÉOLO-DENTAIRE

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. TUFFIER, WALTHER et CUNÉO, agrégés.

Le candidat devra répondre aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, rue Monsieur-le-Prince, 26

1903

36838

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie.	P. POIRIER
Physiologie	CH. RICHEL
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	BRISAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.	BERGER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT
Médecine légale.	N....
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	DEJERINE.
	CHANTEMESSE
	HAYEM.
Clinique médicale.	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	GRANCHER.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	TERRIER.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN.
Clinique gynécologique	PINARD.
Clinique chirurgicale infantile	POZZI.
	KIRMISSON.

Professeurs honoraires : MM. JACCOUD, FOURNIER et FARABEUF.

Agrévés en exercice.

MM.			
ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA	LEPAGE	THIERY
BESANÇON	TOURETTE	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOSSET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (Aug.)	GOUGET	MERY	VAQUEZ
BROCA (André)	GUIART	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	HARTMANN	REMY	WALTHER
CUNEO	JEANSELME	RENON	WIDAL
DEMELIN	LANGLOIS	RICHAUD	WURTZ
DEGREZ	LAUNOIS	RIEFEL (chet	
DUPRE	LEGREY	des trav. anat.)	

Le Secrétaire de la Faculté : M. GRISEZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

LE DOCTEUR FERDINAND COURCHET

*Dont les sages conseils nous manquèrent au
moment où nous entrions dans la carrière
médicale.*

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MON ONCLE

LE DOCTEUR BERNARD

A MES ONCLES

SYLVAIN ET ADOLPHE COURCHET

A MES AMIS

MM. LES DOCTEURS GIMBERT ET SIGALLAS,
MM. RIMBAUD, DUBOIS ET ESCOFFIER

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur
Chirurgien de la Charité.

AVANT-PROPOS

Arrivé à la fin de nos études universitaires, nous nous faisons un devoir de rendre hommage aux maîtres savants et dévoués qui nous ont éclairé de leur science et de leurs conseils.

Que nos maîtres, MM. BARTH et HIRTZ qui nous donnèrent de solides principes médicaux, agréent tout d'abord notre reconnaissance ; ils furent nos premiers maîtres, et leur enseignement simple et pratique nous facilita singulièrement dans la suite de nos études.

MM. RECLUS et POZZI nous donnèrent notre enseignement chirurgical, et nous les en remercions bien sincèrement.

Chez M. le professeur PINARD, nous fîmes notre stage d'accouchement, et nous nous souviendrons toujours de sa manière ingénieuse d'enseigner et des bons préceptes qui nous furent inculqués.

Quand nous nous décidâmes à nous verser dans la stomatologie, nous reçûmes les conseils éclairés de MM. les D^{rs} CRUET et ROBIN.

M. ROBIN fut aussi l'inspirateur de notre thèse, et voulut bien nous aider de ses conseils, nous l'en remercions.

A l'hôpital Lariboisière, sous la direction de M. le D^r RODIER, nous avons parfait notre éducation de stomatologiste. Que ce maître que nous vénérons entre tous, car il nous témoigna un vif intérêt, nous aida toujours de ses sages conseils, accepte l'assurance émue d'une reconnaissance sincère. Nous remercions aussi M. le D^r CAPDEPONT, de la profonde instruction duquel nous avons largement usé.

Que M. le D^r GALIPPE, membre de l'Académie de médecine, qui nous accueillit avec tant de bienveillance, lorsque nous allâmes lui demander des éclaircissements sur notre thèse, soit aussi assuré que jamais nous n'oublierons la sollicitude qu'il a eue pour nous. C'est dans ses nombreux travaux que nous avons puisé nos connaissances sur cette affection, affection dont on peut dire qu'il est le père. C'est lui qui, le premier, en démontra la nature infectieuse, et il en poursuit l'étude depuis vingt ans.

Que M. le D^r HUGENSCHMIDT reçoive également l'expression de notre reconnaissance pour l'amabilité avec laquelle il nous accueillit, et les bons conseils qu'il nous donna.

Que M. le professeur TILLAUX, qui fut notre maître pendant un an, reçoive aussi l'expression de notre profonde gratitude pour les bienveillants conseils qu'il nous donna durant notre année de stage, et pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

INTRODUCTION

Lorsque nous sommes allé demander à M. le D^r Gailippe quelques éclaircissements au sujet de notre thèse : *Traitement de la pyorrhée alvéolaire*, il ne nous a pas caché que nous nous attaquions à la plus délicate et à la plus complexe des affections de la bouche. Il ne nous a pas caché qu'il ne croyait pas qu'à l'heure actuelle il y eut quelqu'un pouvant donner la solution complète de la question.

Nous n'avons jamais eu la prétention de donner une méthode spécifique de traitement, mais nous avons cru pouvoir faire œuvre utile en condensant dans ce travail les opinions de quelques-uns des hommes les plus autorisés en stomatologie et en proposant un traitement détaillé qui nous a donné de bons résultats.

Nous croyons encore, même avec un travail incomplet, rendre service à beaucoup de nos collègues en résumant les principaux chapitres de la question et du traitement en particulier ; traitement qui n'a jamais été décrit d'une façon complète et de manière à ce qu'il en

ressorte les avantages et les inconvénients de chaque méthode. Là nous ne donnerons pas seulement le résultat de nos expériences personnelles car nous n'avons pas essayé tous les traitements qui ont été proposés, loin de là, mais nous donnerons les opinions de ceux qui les ont essayés tous et qui ont procédé par comparaison.

En somme, nous voulons donner un résumé de ce qui a été dit sur les principaux chapitres de la question.

Permettre aux cliniciens de faire un diagnostic exact, et autant que faire se peut, pathogénique.

Exposer comparativement les divers traitements en cours, en les critiquant au besoin.

Donner un traitement s'adressant à la fois à l'état général et local, variant avec les différents aspects de la maladie, traitement préventif et curatif exposé d'une façon aussi détaillée que possible.

Nous ne publierons que peu d'observations personnelles car il ne nous a été permis d'observer que sur la clientèle hospitalière. Or, la maladie qui nous occupe n'étant souvent que peu gênante, n'est pas prise au sérieux par des gens qui ont besoin de travailler et qui ne peuvent pas distraire le temps nécessaire à un traitement long et minutieux. Les nombreux malades que nous avons vus vite améliorés par un traitement énergique n'ont pas persévéré dans leurs soins et sont partis incomplètement guéris, s'exposant à une récurrence certaine dès qu'ils cesseront les soins minutieux d'antisepsie buccale que nous leur avons conseillés.

CHAPITRE I

Nous avons conservé la vieille dénomination si critiquée de : pyorrhée alvéolaire parce qu'elle est comprise et acceptée par tous et qu'aucune des nouvelles dénominations n'a prévalu. Nous devons dire toutefois que cette dénomination est mauvaise parce qu'elle n'indique qu'un symptôme, important il est vrai, mais qui n'existe que lorsque la maladie est à un stade avancé. Nous allons résumer brièvement l'étiologie, l'évolution, la symptomatologie et l'anatomo-pathologie de la maladie afin que le traitement en soit plus clairement et plus rationnellement exposé.

Définition.

La pyorrhée alvéolo-dentaire est une affection caractérisée par l'inflammation aiguë ou chronique de la gencive, du ligament, de l'alvéole et du ciment de la dent avec lésions caractéristiques de ces différentes parties.

Elle se traduit cliniquement par une irritation de la gencive amenant le décollement de celle-ci au niveau du collet de la dent, l'ouverture de l'articulation, son infection, l'écoulement de pus au niveau de l'insertion de la gencive sur la dent, la destruction de l'alvéole par résorption et du ligament par suppuration, et enfin par l'ébranlement de cette dent, ébranlement pouvant aboutir à sa chute. La destruction peut aller plus loin encore, l'ostéite ne se limitant pas ; chez certains prédisposés, et en particulier chez les tabétiques et aboutissant à la formation de séquestres dans la forme aiguë, ou de ce qu'on appelle à tort le mal perforant buccal dans les formes chroniques.

Historique.

La pyorrhée alvéolaire, dénommée par Fauchard en 1746 (Chirurgien dentiste, t. 1, p. 225), le scorbut des gencives ; par Jourdain, suppuration conjointe des alvéoles et des gencives et aussi par Toirac, pyorrhée inter-alvéolo-dentaire, a été étudiée de nouveau et bien souvent dans le xix^e siècle.

Oudet, en 1835, suppose le premier que l'affection siège dans la membrane externe des racines.

Marchal de Calvi décrit la gingivite expulsive.

Magitot, en 1873, dans son mémoire sur l'ostéopériostite alvéolo-dentaire, en donne une description clinique magistrale et indique un traitement détaillé.

Les découvertes récentes de l'histologie, de l'ana-

tomo-pathologie et de la bactériologie viennent doter la maladie de connaissances exactes.

Malassez démontre que le prétendu périoste alvéolo-dentaire est un ligament et que les rapports de la dent et de l'alvéole sont ceux d'une véritable articulation.

Galippe seul, ou avec Malassez, étudie les lésions de la gingivite expulsive, il montre que, la question de terrain étant réservée, l'affection est de nature microbienne, que son début est gingival et l'appelle gingivite arthro dentaire infectieuse.

Magitot oppose à cette dénomination celle d'arthrite symptomatique.

Nous signalons un mémoire complet d'Aguillon de Sarrau 1880, les travaux de David, de Richer, de Carrière et ceux de Miller, concernant la bactériologie de l'affection.

Redier de Lille, dans la thèse de son élève Quilliot, a dénommé polyarthrite alvéolo dentaire.

Étiologie.

Comme le Dr Frey, dans son *Manuel de Pathologie des dents et de la bouche* nous diviserons les causes en :

Prédisposantes générales et locales ;

Et en causes déterminantes.

Et appliquant à cette affection les règles de pathologie générale, nous verrons qu'il faut une prédisposition, un état local d'infériorité ou d'irritation, et enfin

la cause directe : le microbe ou mieux les microbes qui vont évoluer dans les conditions qui leur sont propices.

*Causes d'ordre général. — Les états généraux
héréditaires ou acquis.*

Toutes les maladies par ralentissement de la nutrition, telles que goutte, arthritisme, neuroarthritisme, etc..., le diabète, l'artério sclérose, vont fournir un nombreux contingent de ces pyorrhéiques.

Or donc lorsque vous constaterez de la pyorrhée, vous devrez rechercher si le malade n'a pas une de ces diathèses. L'ayant découverte, vous vous attacherez à persuader à votre malade qu'il doit sous la conduite de son médecin essayer de lutter contre son état, lui démontrant bien que malgré tous vos soins il n'arrivera à guérir que pour retomber immédiatement s'il ne se soumet pas au traitement général.

Par l'examen de la bouche vous pourrez quelquefois poser le diagnostic de tabès, parfois méconnu même par des praticiens habiles. Mais ici vous aurez à vous méfier, vous, médecin, et s'il m'était permis, malgré mon inexpérience, de vous donner un conseil, je vous dirais : lorsque vous serez en présence de cas semblables, soit tabès, soit diabète, ne dites pas à votre malade ce que vous pensez de lui. Dites lui seulement que vous croyez indispensable qu'il aille voir son médecin, dont vous tâcherez d'avoir l'adresse et auquel vous écrirez en lui faisant part de votre diagnostic. Vous aurez

ainsi rendu service à votre malade, gagné sa confiance, et ménagé l'amour-propre du médecin ordinaire.

L'âge. — Les vieillards fournissent un contingent plus important encore, car chez eux la maladie est pour ainsi dire la règle. Bourdet, Piorry et Gosselin l'expliquent par l'ostéite raréfiante.

Il faudrait dire que la gingivite s'y ajoutant, ce lieu de moindre résistance va s'infecter et que l'infection va continuer, ce que, peut-être, l'ostéite raréfiante avait commencé. Mais la vieillesse n'a pas seule le privilège de cette triste maladie ; vous en rencontrerez chez des personnes de 18, 20 et 30 ans, et vous devrez alors invoquer une cause diathésique.

Causes prédisposantes locales. — A. — *Les anomalies d'articulations* : doublement causes de pyorrhée.

1° Parce qu'elles se trouvent surtout chez les dégénérés, par conséquent chez des gens infériorisés constitutionnellement ;

2° Parce que chez ces dégénérés, dit M. Galippe, il y a une structure anormale de la dent, du cément et de la dentine en particulier ;

3° Parce que chez eux les interstices irréguliers sont en général mal nettoyés et c'est là que prennent naissance les gingivites.

B. — L'antagonisme vital de Baumé entre les dents et les maxillaires : d'après cette loi, qui est exacte, les maxillaires tendent à chasser les dents qui sont privées d'opposantes, et en effet, ces dents s'allongent.

C. — La résorption d'un alvéole privé de dent

atteint souvent l'alvéole de la dent voisine qui se déchausse.

D. — Les gingivites, dit Galippe, que ce soit la gingivite d'origine toxique comme dans la stomatite mercurielle ou la banale et fréquente gingivite tartrique. La gingivite produisant du décollement de la gencive, de l'infiltration des tissus marque le début de l'invasion des germes infectieux dans le ligament et l'alvéole.

E. — Les dents trop serrées (Desprès), parce que, croyons-nous, le nettoyage des faces mésiales et distales ne se fait pas du tout ou d'une manière insuffisante.

F. — La minceur du bord alvéolaire, qui se détruit alors plus facilement sous les efforts de mastication et qui de plus est mal irrigué.

G. — Signalons l'opinion de Dubois sur la minéralisation excessive de la dent.

Causes déterminantes. — La cause déterminante est le microbe ou mieux les microbes car ils sont nombreux et non spécifiques, microbes qui vont pénétrer le ciment, l'alvéole et évoluer à l'abri de tout dans un cul-de-sac où ils vont proliférer. Ces coupes et les études de MM. Malassez et Galippe ont démontré la chose d'une façon péremptoire : ces microbes vont déterminer dans la salive des phénomènes chimiques ayant pour résultat la précipitation des matières calcaires qu'elle tient en dissolution (Galippe, *Journal des connaissances médicales*, 1898). Le tartre ainsi constitué par une agglomération de microbes et de sels calcaires, commence son action irritante. Il va se déposer au collet des dents et

produire une inflammation puis un décollement gingival, début de la maladie. Le sillon est formé, il n'a plus qu'à gagner en profondeur, atteindre le ligament et l'os, la maladie est constituée.

Nous avons donc un terrain, une irritation locale, le microbe entre en scène.

Voyons comment vont se succéder les événements.

Que va faire le terrain ? Il va, chez le rhumatisant, déterminer au niveau des articulations dentaires des poussées fluxionnaires analogues à celles des autres articulations.

Il va chez le tabétique, dit M. Baudet, déterminer une arthropathie similaire à celle qu'on rencontre dans les autres articulations. Ajoutons que cette opinion n'est pas conforme à celle de M. Galippe.

Il va chez le vieillard déterminer de l'ostéite raréfiante, de la sclérose des ligaments.

Il va chez les dégénérés, dit M. Galippe, amener des troubles dans la structure de la dent et des parties qui l'avoisinent, etc.

C'est ce que nous appellerons la période prépyorrhéique, la préparation à l'infection ; cette période, dit M. Galippe, se traduit parfois avant l'invasion de tout germe par de l'hypercémentite ou, au contraire, par de la destruction du ciment ; il peut même y avoir des lésions de la pulpe, des névralgies violentes dues à la transformation du ligament et à la compression des filets nerveux qui le traversent par l'hyperproduction du tissu osseux.

On est donc disposé à devenir pyorrhéique ; il suffit

que le germe trouve une porte d'entrée dans ce terrain pour que la maladie donne alors lieu à ses manifestations cliniques, à ses symptômes que nous pouvons combattre, mais que nous ne devons pas combattre seuls si nous voulons faire de la bonne thérapeutique.

Voici, en effet, que ce prédisposé fait une gingivite, une gingivite tartrique, si vous voulez. Conséquence : irritation et décollement.

Evolution et anatomie pathologique.

Dans le cul-de sac formé par ce premier décollement la flore buccale va se développer ; le sillon venant encore s'opposer au nettoyage mécanique, l'inflammation qui s'ensuit va produire une infiltration du ligament et une inflammation du périoste. Les fibres vont être dissociées mais la nature va réagir. Elle va produire, dit Malassez, un épithélium qui s'enfonce comme un coin entre la racine et les tissus alvéolo dentaires enflammés, sapant ce qui reste du ligament et du ciment, les cellules mourant ensuite, tuées par le pus qui les recouvre, détruites par la violence de la cause même qui les avait réveillées. Voilà donc le ligament sapé par l'épithélium, puis envahi par le pus ; le ciment mis à nu par le pus est attaqué, il s'enflamme, se nécrose et la surface de la racine devient inégale et rugueuse. Ces altérations occupent des parties de la racine, quelquefois tout un côté.

L'alvéole, elle-même, est atteinte d'ostéite, et ici, suivant sa constitution et la virulence de la maladie,

nous allons avoir plusieurs aspects. En effet, chez toutes les personnes en puissance de pyorrhée, cette succession ne se fait pas de la même façon, et les caractères différentiels que présente la maladie sont, à mon avis, dit Galippe, sous la dépendance de conditions anatomiques individuelles et dominés par le terrain. Dans certains cas, la destruction du rebord alvéolaire et celle de la gencive ne se font pas parallèlement, comme cela s'observe assez souvent chez les gens à rebord alvéolaire mince. Fréquemment chez eux, la gencive s'hypertrophie et recouvre la dent en partie, et celle-ci paraît plus courte d'émail, ou bien elle reste à son niveau à peu près normal. Grâce à l'irritation mécanique et pathologique produite par le tartre, il se produit un léger décollement de la gencive, et c'est à l'abri de la fraction gingivale décollée, que les fermentations deviennent plus actives, grâce à la marche ascendante des microbes. A partir de ce moment, la gencive n'est plus qu'un voile recouvrant les progrès incessants, quoique cachés, de la maladie, et l'alvéole infecté se détruit. Lorsqu'on détruit le cul-de-sac, soit par les instruments tranchants, soit par les caustiques, on voit des stratifications tartriques superposées et marquant en quelque sorte les stades de l'invasion. Si, au contraire, la personne a des rebords alvéolaires épais et résistants, l'alvéole alors se résorbera ou sera éliminée lentement. Dans ce cas, la destruction de la gencive, du ligament et de l'alvéole, se fera d'une façon parallèle : nous aurons alors absence de clapier, rétraction progressive et parallèle de la gencive et de l'al-

véole. La suppuration existe toujours dans le petit sillon situé au collet de la dent, dit M. Galippe, mais le pus est entraîné par la salive à chaque instant, et seul le microscope permet de reconnaître les globules de pus. C'est cet aspect qui a été dénommé par notre maître, le D^r Cruet : Pyorrhée sèche.

La meilleure preuve, dit M. Gallipe, que nous puissions donner de la non existence de la forme sèche, c'est que dans une même bouche on rencontre à la fois, suivant la résistance du bord alvéolaire, des dents présentant un clapier et d'autres n'en présentant pas, et montrant néanmoins leur cément à nu.

Donc tous les tissus périodontaux sont détruits progressivement ; les microorganismes ont déterminé de l'ostéite d'une part, de la cémentite d'autre part. M. Galippe a montré que les microorganismes arrivent à la pulpe soit en traversant les canalicules de l'ivoire dénudé de son cément, soit en pénétrant par l'apex, et il explique ainsi les phénomènes de pulpites à tous les degrés que l'on observe au cours de la polyarthrite. C'est là la justification du procédé qui consiste à traiter la pyorrhée par la dévitalisation de la dent. La dent ébranlée, non retenue par ses ligaments baignant dans le pus, tombe alors, et cette chute est faussement dénommée spontanée, car il n'y a qu'à se rappeler les phénomènes que nous venons de décrire pour voir que la chose n'a rien de spontané, mais est le résultat d'un processus pathologique.

La maladie peut ne pas s'arrêter là : la résorption du maxillaire continue et franchit les limites du rebord

alvéolaire. Nous rappellerons ici le cas du malade dont M. Galippe vient de parler dans la *Revue de stomatologie* d'octobre 1903 :

« J'ai actuellement sous les yeux un malade pyorrhéi-
« que présentant sur deux points symétriques du maxil-
« laire inférieur une résorption progressive à la place
« qu'occupaient autrefois les premières et les secondes
« molaires droites et gauches, qui ont été extraites.
« La muqueuse est saine, mais au moindre trauma-
« tisme exercé sur ces points, il se fait, de la périost-
« ite menaçant de devenir d'emblée phlegmoneuse.
« C'est ainsi qu'à la suite d'un léger traumatisme sur-
« venu au niveau d'une incisive centrale inférieure très
« ébranlée il se déclara un phlegmon au niveau de la
« région sous-mentonnière à marche rapide et envahis-
« sante qui nécessita l'intervention d'un chirurgien.

« Que se passe-t-il dans ce maxillaire dont la résorp-
« tion progressive me fait redouter dans l'avenir une
« fracture double spontanée ? »

M. Galippe pense que ces phénomènes sont dus à une ostéite raréfiante de nature probablement infectieuse et se demande si ce ne serait pas là un stade plus avancé ou plutôt une complication possible de la pyorrhée.

Admettons maintenant que nous arrachions une dent atteinte de pyorrhée, la première molaire supérieure si vous voulez. Admettons que cette dent soit au voisinage du sinus et que le patient soit un tabétique, c'est-à-dire, un malade prédisposé aux accidents tropho-névrotiques et peu apte à réparer les pertes de subs-

tance. Mais alors cet alvéole atteint d'ostéite par pyorrhée ne va pas se cicatriser, l'ostéite va continuer lentement et il va s'ensuivre une élimination osseuse aboutissant à une perforation du fond de l'alvéole et à l'ouverture du sinus.

Peut-être est-ce là, comme le pense M. Galippe, l'origine de ce qu'on dénomme faussement : « mal perforant buccal ». Cette opinion contraire à celle de M. le professeur Fournier qui fait du mal perforant buccal quelque chose de purement trophique, nous paraît être fort logique et s'accorder tout-à-fait avec les notions de pathologie générale. Tout le monde sait en effet que la théorie du trophisme pur pour le mal perforant plantaire a été reconnu maintes fois inexacte et que l'interprétation de Gosselin substituant une cause mécanique d'inflammation évoluant sur un terrain particulier semble tendre à rallier de fort nombreux suffrages. Or, là nous avons une infection à foyer ouvert, une ostéite, ou si voulez une ostéo-périostite à marche lente. Pourquoi serait-il illogique de penser que ces lésions qui disparaîtront chez une personne saine, vont, chez celles dont le système nerveux est incapable de réagir et de réparer des pertes. Continuer de façon à ce que la destruction de l'alvéole soit suivie de la destruction du rebord alvéolaire et de la perforation par exemple de la face inférieure du sinus maxillaire. Si l'on peut penser, ce qui n'a pas été prouvé, que ces maux perforants buccaux ne soient pas tous d'origine pyorrhéique, il me semble impossible qu'on puisse se refu-

serà à admettre qu'aucun puisse en relever, surtout quand cette opinion s'appuie sur des faits analysés.

Ces lésions de mal perforant, écrivait M. Galippe en 1894, considérées par M. Fournier comme des lésions tabétiques, ne sont que des lésions de la pyorrhée alvéolaire aggravées par le tabès.

Ce ne sont point des lésions trophiques pures, mais des lésions tropho-microbiennes, et j'appuie mon opinion sur ceci :

Le siège de ces ulcérations est classique et s'observe fréquemment dans la pyorrhée en dehors de l'ataxie locomotrice.

L'aspect atone semble, il est vrai, caractéristique et directement sous l'influence des troubles trophiques, mais ces ulcérations atones s'observent en dehors du tabès et j'en ai décrit de semblables chez un malade atteint de pachyméningite et resté diabétique et polyurique.

Le tabès n'a pas à mon avis fait les ulcérations dont parle M. Fournier, il les a aggravées et leur a donné un cachet caractéristique, leur indolence est simplement plus prononcée que chez le non tabétique. Cette évolution chronique est du reste propre à tous les états où la nutrition est atteinte profondément.

La chute, dite spontanée, n'est pas plus caractéristique, il y a chute aussi dans la pyorrhée, il y a également abcès et sequestre.

L'influence du tabès est indéniable, mais ce ne sont pas des phénomènes d'ordre trophique pur, ils ont été provoqués par une affection préexistante et peuvent être

observés à un degré moindre en dehors du tabès.

Le non ataxique répare plus vite et résiste mieux à l'envahissement du microbe ; chez l'ataxique, ce processus de réparation ne se fait pas car la résistance n'existant pas les sequestres sont plus, gros ; le bord alvéolaire, le corps même du maxillaire pouvant être atteint. Du reste, les ataxiques sont souvent des syphilitiques et nous savons combien la syphilis aggrave la pyorrhée, il n'est donc pas étonnant que chez eux la pyorrhée puisse être encore plus grave. Il en est du reste de même avec les autres intoxications ; ne connaissons-nous pas la nécrose phosphorée préparée par l'intoxication phosphorée sous l'influence de laquelle s'exaltent la pullulation et la virulence des agents infectieux de la bouche.

Du reste, les lésions caractéristiques de la pyorrhée ont été trouvées sur les dents des malades de M. Fournier. Il nous semble donc impossible de faire du mal perforant buccal une manifestation purement tabétique et nous pensons jusqu'à ce que l'observation ait démontré le contraire, que le tabétique ne fait de perforation que parce qu'il a de la pyorrhée.

Symptomatologie et aspects cliniques.

Nous venons de décrire l'évolution de la maladie ; nous devons maintenant ajouter à ces signes physiques les signes fonctionnels qui permettront au clinicien de poser le diagnostic dans une période précoce, alors que

la maladie est curable, souvent insoupçonnée, et où sans quelque attention on peut très bien ne pas la reconnaître.

J'ai vu ces jours-ci une personne âgée de 31 ans se présentant à la consultation de Lariboisière. La malade avait des dents superbes, une bouche qui paraissait saine et qui n'avait aucune carie. La malade se plaignait de ressentir quand elle mastiquait ou buvait froid, des douleurs dans toutes ses dents, mais surtout au niveau des premières molaires inférieures droites et gauches, une chaleur dans les gencives avec agacement et parfois des douleurs sourdes qui l'inquiétaient. Les gencives avaient une coloration lie de vin, avec de petites arborisations vasculaires.

Examinant donc les molaires inférieures, je trouvai un léger décollement, et la pression énergique plusieurs fois répétée me permit de constater qu'il y avait du pus dans le sillon.

Bien persuadé que j'avais affaire à une pyorrhée au début chez une femme très soigneuse de sa bouche, je voulus rechercher si les autres dents présentaient également des lésions. Au premier abord rien ne l'indiquait. Il y avait à peine un léger liseré tartrique à la face linguale des incisives inférieures. Je remarquai aussi une couleur légèrement foncée dans les interstices des incisives supérieures. Je pressai sur les gencives et je m'aperçus que là encore un peu de pus suintait.

Le diagnostic était donc établi :

Nous avions ces douleurs d'arthrite dans des dents saines, cette sensation de tension et cette coloration

spéciale légèrement violacée ; nous avons du décollement et du pus. C'était bien une pyorrhée alvéolaire.

J'enlevai le tartre apparent ; mais ne pouvant pas faire sauter le tartre sous-gingival qui était dur et très adhérent, avec quelques pointes de thermo cautère dans les interstices et sur le collet, je découvris légèrement la racine et j'enlevai ce tartre dur en mince couche que je n'aurais enlevé que d'une façon incomplète si je ne l'avais pas eu sous les yeux.

Quelquefois le diagnostic sera plus délicat encore, parce que même en cherchant attentivement vous ne trouverez pas ce léger suintement purulent sauf sur une ou deux dents, et comme sur ces dents-là vous trouverez souvent du tartre, vous penserez peut-être que c'est une simple gingivite tartrique. Méfiez-vous, car lorsqu'une personne viendra vous trouver en se plaignant d'une gêne fonctionnelle et de ces sensations douloureuses dont se plaignait notre malade, il y a, pensons nous, surtout en l'absence de toute carie, certitude que la personne est pyorrhéique, car la gingivite tartrique ne donne pas cette légère arthrite.

D'autres fois la maladie sera en pleine période d'état et vous aurez ces malades à l'haleine fétide, caractéristique, dit M. Galippe, aux gencives et aux alvéoles rétractés par résorption, ces suppurations abondantes, ces dents branlantes en touches de piano. Là vous n'aurez aucune difficulté à faire le diagnostic.

Parfois une personne viendra vous trouver et vous dire : Je ne sais pourquoi, depuis quelque temps mes dents changent de direction ; elles étaient autrefois

régulières, elles sont maintenant en éventail, en antéversion, et vous chercherez la cause de ce changement. Est-ce de la pyorrhée qui a produit ces déviations ? Oui, répond M. Galippe, et c'est une pyorrhée déjà à un stade avancé. La dent est maintenue dans sa position par les ligaments et l'alvéole. Admettez que la suppuration ait détruit ceux-ci à la face labiale, par exemple ; la force restante, privée d'antagoniste, va agir. La rétraction ligamentaire va tirer sur la racine, l'attirer en arrière, pendant que la couronne sera projetée en avant et l'alvéole détruit en cette partie ne saura s'y opposer.

D'autres fois une personne de 30 à 40 ans vient réclamer vos soins. En examinant la bouche vous trouverez du tartre au collet des dents et une incisive centrale supérieure qui s'est allongée. Autour de son collet vous apercevrez du décollement et du pus à la pression. Cette dent allongée heurte les opposantes et est ébranlée à chaque mouvement de mastication et vous vous demandez : est-ce une arthrite traumatique pure ou de la pyorrhée ? La dent est saine, c'est-à-dire, n'a pas de carie, l'arcade est régulière, la dent était autrefois de niveau avec les autres et vous vous demandez pourquoi cette dent s'est allongée. Cette dent est vivante ; elle a sa coloration normale, elle est transparente à la lumière et a conservé sa sensibilité à la chaleur ainsi que vous pouvez vous en rendre compte en touchant par exemple le collet avec un stylet chauffé, ce qui est plus simple, moins effrayant, moins dangereux que de toucher la dent avec le thermo-cautère et qui donne du reste le même résultat.

Cette arthrite traumatique est-elle une conséquence de la pyorrhée, ou bien en est-elle la cause ? Le diagnostic est important car les autres dents sont, vous le savez, malades aussi, dans le cas de la pyorrhée.

Quels sont les signes cliniques qui vous permettent de le reconnaître. Nous avons bien un moyen : le traitement. Meulez la dent de façon à supprimer le traumatisme, enlever le tartre, et cautérisez légèrement la gencive : vous obtiendrez la guérison rapide si l'arthrite n'est que traumatique ; la guérison se fera lentement ou même pas du tout dans le cas de pyorrhée. Si la dent atteinte présentait, outre le pus, le décollement, l'ébranlement, de la résorption alvéolaire, votre diagnostic serait établi.

Des personnes atteintes de pyorrhée nette vous feront de petits abcès gingivaux dus à la rétention du pus qui ne trouve pas une issue suffisante ; souvent ces abcès seront concomitants à des articulations défectueuses, mais l'état des dents voisines vous renseignera sur leur véritable origine.

Vous verrez des pyorrhéiques faire des phlegmons qui présentent en général, dit M. Galippe, un caractère infectieux grave. D'autres feront des auto-inoculations de leur muqueuse buccale et vous verrez des ulcérations plus ou moins nombreuses dont l'origine ici encore pourra vous être révélée par l'examen des collets.

Fréquemment l'infection allant plus loin produira au niveau du rebord alvéolaire des fistules intarissables que l'absence de carie pénétrante vous fera rattacher à la pyorrhée.

Introduisez un stylet par l'ouverture de la fistule et souvent vous trouverez un séquestre ; s'il est mobile, faites-en l'extraction par la fistule si vous le pouvez.

Nous venons donc de voir la maladie à son début avec ces douleurs vagues, ces sensations de chatouillement, d'agacement, puis des poussées d'arthrite se traduisant par la gêne de la mastication, cet aspect violacé de la gencive et une sensibilité plus grande au froid et au chaud. Puis la déviation ou allongement de la dent et dans ce cas presque toujours un décollement et un retrait de la gencive.

Nous avons assisté alors à la période d'état dans toute sa gravité, avec sa suppuration, ses dents ébranlées douloureuses, sa résorption alvéolaire, puis les petits abcès, la salivation et l'odeur caractéristique. Notre diagnostic est fait et nous ne pouvons confondre la pyorrhée avec : une gingivite ordinaire qui ne détermine jamais d'arthrite, qui est quelquefois isolée en un point et qui guérit rapidement après nettoyage ; avec la vulgaire périostite alvéolo-dentaire qui suit généralement une carie pénétrante et chez laquelle l'infection se fait de haut en bas.

Vous connaissez donc la maladie, les parties qui sont atteintes, la cause qui a engendré le mal, il s'agit maintenant d'y porter remède.

CHAPITRE II

HISTORIQUE DU TRAITEMENT DE LA PYORRHÉE ALVÉOLAIRE.

Quilliot, dans sa thèse de Lille de 1893, dit :

Les auteurs qui ont reconnu ou signalé cette maladie sont loin d'avoir désigné tous une méthode de traitement. Le plus grand nombre déclaraient que l'intervention de l'art était tout à fait impuissante et se bornaient à indiquer l'extraction des dents affectées comme le seul moyen thérapeutique. Telles étaient les idées de Fauchard, de Jourdain, etc.. Bourdet, et après lui Toirac songèrent les premiers à opposer une thérapeutique moins absolue et proposèrent l'application de certains moyens. Ils pratiquaient l'incision du cul-de-sac gingival en forme de V à sommet supérieur, les branches se dirigeant dans les interstices interdentaires. Le lambeau détaché, ils passaient un petit cautère sphérique sur toute la surface de la racine ainsi dénudée et laissaient ensuite les parties abandonnées à elles-mêmes. Cette méthode, dit Toirac, n'a jamais donné d'heureux résultats. Et ceci n'a rien d'étonnant, car les soins consécutifs manquant, la maladie reprenait et continuait

ses ravages. Oudet convaincu de l'impuissance et du danger de ce procédé avait conseillé l'emploi de moyens généraux dérivatifs : l'application de sétons, l'administration de purgatifs. Plus récemment, Velpeau (*Union médicale*, 1859, p. 312) considérant la maladie comme une forme particulière d'ulcération des gencives, conseilla les applications répétées d'alun et les cautérisations à l'azotate d'argent. Cette méthode était doublement mauvaise : 1^o pour l'émail que l'alun attaquait ainsi que Magitot l'a démontré ; 2^o parce que l'azotate d'argent décomposé sous l'influence de la lumière noircissait les dents d'une façon indélébile. Marchal de Calvi préconisa la teinture d'iode, moyen déjà appliqué depuis longtemps par Delestre dans la gingivite (thèse 1861). L'iode employé même en teinture au douzième ne produit sur les parties qu'une irritation sans résultat favorable.

Vidal avait songé à opposer à cette maladie des applications fréquentes de perchlorure de fer neutre. Ce liquide n'a pas une causticité suffisante et il a, de plus, l'inconvénient de noircir les dents.

Magitot pénétré de l'insuffisance des moyens préconisés jusqu'alors, essaie dans son mémoire de 1875, d'instituer une thérapeutique qui devait remplir deux indications solidaires :

1^o Modifier l'état local.

a). — Par des applications périodiques et répétées tous les six ou huit jours, d'acide chromique solide ou dilué dans une petite quantité d'eau.

b). — Par le chlorate de potasse, en pastilles ou en

gargarisme, qui était chargé de maintenir l'asepsie buccale.

c). — Par des antiphlogistiques locaux, sangsues, scarifications dans les cas d'hyperhémie.

2° Traiter les états généraux qui engendrent dans une certaine mesure l'affection buccale.

a). — Par les divers moyens généraux dérivatifs cutanés ou intestinaux.

b). — Par la prescription de certaines règles d'hygiène ou de régime approprié.

Telles étaient posées les grandes lignes du traitement de la pyorrhée alvéolaire.

Dans la suite, Desprez fait des essais de chlorure de zinc et se dit enchanté des résultats.

En 1880, Aiguilhon de Sarran, dans un mémoire très complet à la Société de Chirurgie, donne le traitement suivant.

L'infection donnant de l'infiltration ligamenteuse, il faut :

1° Bien débarrasser la masse fibreuse des liquides qui la dissocient ;

2° Exciter l'action vaso-motrice et favoriser la formation de nouveaux vaisseaux et de tissu fibreux.

L'acide chromique, dit-il, remplit jusqu'à un certain point ces indications. En effet, il durcit et rétracte le tissu fibreux et agit sur les muqueuses comme un révulsif puissant, aussi a-t-il donné entre les mains de Magitot, de bons résultats. Mais il n'agit que superficiellement, et n'est utile qu'au début de la maladie. Il

ne peut d'ailleurs détruire le clapier purulent, cause principale de la durée des accidents.

« Les autres modes de traitement sont tombés en désuétude. Dans la plupart des cas on en est réduit à extraire les dents les unes après les autres et comme elles sont en général indemnes de toute altération, les malades ne s'y décident qu'après avoir souffert de longues années ou lorsque l'estomac est démoli par l'absorption continuelle de pus et par une mauvaise mastication.

« J'ai eu recours à un mode de traitement simple et qui remplit les indications. Je traverse le fond des clapiers par un séton de soie floche qu'on laisse en place. Il n'y a pas d'accident d'inflammation, mais une sensation immédiate de bien-être. Les dents vacillantes sont rapidement ramenées en arrière par la rétraction du tissu fibreux. Leur solidité est augmentée dès les premières heures.

« J'ai traité ainsi onze malades et chez tous j'ai constaté une cessation de la douleur et une consolidation évidemment proportionnelle au degré de destruction. Mais je n'ai pas obtenu la suppression de la suppuration. C'est peut-être parce que le séton a été laissé trop peu (5 à 8 jours). Il faudrait peut-être plusieurs semaines.

« La difficulté est de passer à travers la paroi des alvéoles et d'atteindre la limite inférieure du clapier ».

Nous ajouterons à ceci que le décollement gingival ne se fait pas d'une façon régulière tout autour de la dent, mais ce décollement a, au contraire, des diverticules très inégaux. Il nous paraît donc impossible

d'abord de savoir quel est le clapier le plus profond et y arriverions-nous, les diverticules isolés ne seraient pas drainés et par conséquent le traitement ne serait pas complet ; la difficulté du traitement nous paraît du reste inouïe.

En 1881, Witzet introduisant la théorie infectieuse, recommande après l'enlèvement du tartre, l'antisepsie des culs-de sac gingivaux par des lavages avec une solution antiseptique.

Dans le *Journal des connaissances médicales* de 1884, Galippe et Malassez reprenant l'idée de Toirac conseillent la destruction de la muqueuse gingivale pour supprimer les clapiers où se développent les microorganismes et introduisent dans les clapiers subsistant des antiseptiques comme le sublimé corrosif, à 3 ou 4 p. 1000 ou autres antiseptiques appropriés.

En 1887 on signale en Angleterre un traitement par des applications d'un mélange de teinture d'iode et d'aconit. En 1898, Cruet dans le *Journal des connaissances médicales* reprend l'idée de Galippe et Malassez et décrit une technique opératoire détaillée qui a pris le nom de traitement chirurgical : « Des trois phénomènes principaux, dit-il, qui constituent l'affection : « résorption alvéolaire, décollement gingival, suppuration, on peut en supprimer un radicalement : c'est « le décollement gingival. Il découlera de cette suppression l'arrêt de la suppuration et l'observation « démontre qu'ultérieurement la résorption alvéolaire « s'arrête. L'indication est donc de supprimer le décollement de la gencive et pour cela de faire disparaître

« tre la portion de gencive décollée. De là, la méthode
« que je propose d'appeler chirurgicale puisqu'il s'agit
« en réalité d'une véritable opération. Elle consiste
« essentiellement dans la section d'un lambeau de gen-
« cive en forme de V à pointe dirigée vers le sommet
« de la dent avec cautérisation sur les bords de la
« plaie.

« On procède de la manière suivante : avec une paire
« de ciseaux droits et aigus, l'une des branches étant
« introduite entre la gencive et la dent, on fait une sec-
« tion verticale jusqu'au fond du sillon de décollement ;
« avec des ciseaux courbes on sectionne les lambeaux
« latéraux, toujours le plus près possible de la limite
« du décollement. Le fer rouge est énergiquement pro-
« mené sur les bords de la plaie et fait le reste. L'opé-
« ration se pratique sur les dents atteintes succes-
« sivement, le même jour ou à des époques rappro-
« chées.

« Il faut hâter la cicatrisation avec des lavages anti-
« septiques ; quelques cautérisations complémentaires
« sont le plus souvent nécessaires. La guérison est
« généralement rapide. La dent reste naturellement
« déchaussée et découverte sur une plus ou moins
« grande hauteur.

« La justification de la méthode repose sur cette
« observation simple que la gencive, détachée de la
« dent par la résorption alvéolaire et la suppuration,
« ne reprend jamais, quels que soient les moyens
« employés, ses connexions vitales avec la racine
« elle-même altérée.

« La méthode s'explique encore par cette considéra-
« tion que la suppuration est en partie causée par le
« contact de la gencive décollée avec la surface de la
« racine, jouant vis-à-vis (l'une de l'autre), le rôle de
« corps étrangers, et que le sillon gingivo-dentaire est
« devenu un cloaque éminemment favorable aux fer-
« mentations microbiennes, véritable foyer d'infection
« qu'il faut supprimer à l'égal de tout autre foyer ana-
« logue pouvant se rencontrer dans l'économie ». Galippe
répond la même année à cet article en réclamant la
priorité de la méthode. Il ajoute que les caustiques rem-
plissent le même but que les instruments.

Ce traitement n'est du reste pas toujours applicable
et de plus il est insuffisant. Il n'est pas applicable aux
grosses molaires du fond. La cautérisation même répé-
tée au thermo-cautère n'est pas suffisante et il repro-
che aussi à Cruet d'avoir par trop négligé le tartre qu'il
considère, lui, comme un élément capital.

L'importance de l'abrasion du tartre avait été du
reste signalé par Rigg's aux Etats-Unis en 1875. Rigg's
grattait non seulement la surface radiculaire, mais
aussi le rebord alvéolaire qu'il considérait comme
nécrósé.

Black de Chicago, pour arriver à faire ce grattage,
n'hésite pas à faire en un point correspondant au som-
met radiculaire et sous la gencive une incision courbe à
convexité tournée vers le collet de la dent ; par cette
boutonnière il gratte la surface radiculaire et l'alvéole
envahi, puis referme la plaie par des sutures. Yonuger
de San-Francisco, après grattage cautérise au chlorure

de zinc à 1/32. Si la gencive est trop décollée et laisse à découvert la face antérieure des racines des dents, lorsque la lèvre inférieure est tirée en avant et en bas, il n'hésite pas, pour maintenir la gencive en contact avec la dent, à passer un fil de soie à travers les deux gencives en traversant l'espace interdentaire des deux côtés de la dent et à ligaturer très légèrement la gencive afin de l'appliquer en avant et en arrière sur la dent.

Le même auteur préconise la réimplantation dans un alvéole artificiel creusé dans le maxillaire. William Atkinson lave les culs-de sac avec l'acide sulfurique aromatique, solution au 1/10, traitement long ; l'application de cet acide faible nécessitant de fréquents attouchements, amène une décalcification des dents qui les rend extrêmement sensibles au froid et au chaud et fait naître les caries du collet.

Harlan de Chicago introduit dans les clapiers l'iodure de zinc et l'éther iodoformé ; Kirk une solution d'aristol à 10/00 ; James Truement le sulfate de quinine ; Charles Alkinson la pâte caustique composée de 2/3 de potasse caustique, 1/3 d'acide phénique cristallisé. Enfin l'eau oxygénée non neutralisée est employée par toute l'école américaine.

Cravert, dans ces derniers temps, a préconisé un moyen excellent contre la pyorrhée qui peut rendre encore de grands services, mais qui a l'inconvénient de noircir les dents. Prenez un fil de platine écrasé à son extrémité, faites-le chauffer au rouge, trempez-le alors dans l'azotate d'argent en sel, passez-le rapide-

ment dans la flamme d'une lampe à alcool, la poudre fond sur le fil et forme crayon, ce crayon minuscule atteint facilement le fond.

On pourrait, jusqu'à un certain point, obvier au noircissement des dents produit par la décomposition du nitrate en présence de la lumière, en neutralisant immédiatement l'excès de nitrate par du sel de cuisine. Le noircissement pour les dents du fond a paru à quelques spécialistes négligeable et le procédé est encore souvent employé.

M. Hugenschmidt en 1896 écrit « le traitement doit être surtout local, mais le traitement général peut être d'un grand secours » il considère cette affection comme une affection alvéolaire identique au processus pathologique de l'ostéomyélite, infection alvéolaire d'ordre staphylococcique évoluant sur un terrain prédisposé : l'arthritisme.

Etant donné les lésions, dit-il, que faut-il faire ? Il faut enlever radicalement et le tartre et la partie de l'alvéole infectée, avec les tissus qui la composent, compléter l'opération par une désinfection énergique. Insistant alors et à juste titre sur le nettoyage, il montre les difficultés d'enlever ce tartre invisible, semi-solide, souvent en quantité microscopique. Il insiste surtout sur la nécessité de nettoyer les parties latérales ou proximales des racines dentaires souvent oubliées.

Après l'enlèvement du tartre, les culs de sac lavés à l'eau oxygénée, faites le curetage des bords alvéolaires, employez au besoin la cocaïne ; passez ensuite à la cautérisation et M. Hugenschmidt préconise comme

caustique l'acide sulfurique concentré employant à peu de chose près la technique opératoire que nous développerons plus loin et indiquant d'une façon minutieuse les soins consécutifs à donner.

M. Robin en 1902 préconisa l'acide sulfurique fumant, c'est celui ci que nous avons surtout essayé et dont nous avons pu apprécier les résultats.

Signalons pour être complet la dévitalisation de la pulpe qui aurait donné parfois de bons résultats et enfin les attouchements des culs-de-sac avec le protargol.

CHAPITRE III

TRAITEMENT

En règle générale, nous disons que la pyorrhée doit être traitée et traitée avec énergie. Le médecin spécialiste ne saurait trop insister auprès de son client pour qu'il se soumette à ce traitement autrement important que l'obturation d'une carie, car il y va de sa santé et de la conservation de toutes ses dents. Il représentera au malade l'inconvénient qu'il y a à conserver une haleine fétide, repoussante pour les gens de l'entourage et nuisible à la santé générale. C'est une corde sur laquelle il faudra appuyer car elle décidera souvent le malade. Vous lui direz ensuite combien il est dangereux pour son économie de déglutir ainsi continuellement du pus et des produits septiques, faites-lui envisager les complications possibles : névralgies, fistules, adénites, pulpites, pour ne citer que les plus fréquentes. Appesantissez-vous sur la perte probable de toutes ses dents ; montrez-lui enfin la possibilité de la contagion, comme l'a signalé Galippe et je crois que vous arriverez à vaincre la plupart de vos malades, surtout ceux qui

sont intelligents. Mais il faut bien le dire, ce n'est pas tant le malade qu'il faudrait convaincre que le spécialiste qui, sceptique, ayant eu des succès qui ont été attribués à sa maladresse quand la plupart du temps ils étaient la conséquence de la négligence du malade, se donne toutes sortes de raisons pour ne pas entreprendre un travail qui lui demandera beaucoup de temps et qui ne sera pas rétribué à sa valeur. Beaucoup n'entreprennent pas le traitement parce que d'abord ils trouvent le nettoyage trop long et trop minutieux à faire. Il faut bien le dire, la clientèle n'est pas habituée à payer un nettoyage à sa valeur. Telle personne qui vous paiera très cher une aurification ou une porcelaine se rebiffera si vous lui demandez un prix trop élevé pour un nettoyage. Cet état de choses tient à l'éducation que leur ont donné les dentistes d'autrefois qui, ouvriers plus ou moins habiles, gens de métier, faisaient des nettoyages superficiels et incomplets, suffisants pour satisfaire l'œil du client, mais réservaient leur temps pour des travaux plus lucratifs et moins longs. Mais ce qui doit nous distinguer du dentiste ordinaire, nous médecins, c'est que nous devons nous souvenir que nous exerçons non un métier, mais une profession et que, tout en exigeant le paiement de notre travail, nous devons avoir en vue l'intérêt et la santé de notre client. Du reste ceci me paraît être une affaire d'éducation et les gens intelligents comprendront que nous ne pouvons leur accorder de longues heures et faire un travail pénible et minutieux sans exiger une rémunération en rapport avec le temps que nous dépensons.

Quant aux insuccès que l'on a, ils doivent se réduire à peu, si vous entreprenez le traitement dans les conditions voulues. Et du reste n'en avez vous jamais dans le traitement des caries. Voyons quelles sont ces conditions. Si vous voulez traiter utilement les gens atteints de pyorrhée il faut qu'après avoir cherché minutieusement à en établir l'origine et reconnu la forme, vous vous inquiétiez de l'état général de votre malade et de son âge. Il faudra surtout que vous ayez entre les mains un malade docile et fermement décidé à vous aider de tous ses moyens et aussi longtemps que vous le jugerez nécessaire. Il faudra aussi que dès le début vous reconnaissiez les cas curables de ceux qui ne le sont pas et que vous vous décidiez immédiatement à faire ce que l'on nomme la part du feu.

Il faut, avons-nous dit, que vous fassiez le diagnostic étiologique. Une personne se présente à vous avec une pyorrhée, mais chez cette personne, par votre interrogatoire, vous arrivez à dépister le diabète par exemple, après l'avoir envoyée au médecin ordinaire qui lui soignera l'état général, vous soignerez la manifestation locale, dans ce cas seulement vous aurez un succès. Et qui vous dit que vous n'aidez pas dans une certaine mesure à la cure générale. M. Galippe a cité des exemples de malades voyant leur sucre diminuer à la suite d'un traitement purement local. Ne croyez-vous pas que la suppression de cette auto-infection qui se fait par la bouche puisse être de quelque utilité et de quelque poids dans la balance de la guérison ?

La pyorrhée traumatique sera traitée en vain si vous ne rectifiez pas l'articulation.

Vous diagnostiquerez la forme de la pyorrhée car cela importe pour le traitement. Vous n'irez pas pour la pyorrhée sèche faire ces débridements larges au thermo-cautère ou au bistouri que vous faites pour les pyorrhées suppurantes et à gros décollement.

Vous vous rendrez suffisamment compte du degré de votre pyorrhée ; il est évident que dès le premier jour vous procéderez à l'extraction des dents que vous jugerez incurables. Vous n'essaierez pas de conserver une dent très ébranlée qui n'a plus ou presque plus d'attache osseuse. Rappelez vous que les gens qui arrivent avec des bouches dans un pareil état sont souvent des gens pour qui la toilette de la bouche est chose accessoire et réservez alors votre pronostic ou n'entreprenez pas le traitement. Prenez en considération sérieuse l'âge de votre malade et surtout son état général et ici votre instruction médicale vous rendra de grands services. Elle vous permettra de faire un pronostic exact, de soupçonner la période prépyorrhéique, d'avertir et de mettre votre client en garde contre la maladie.

Si une personne se présente à vous parce que ses dents depuis quelque temps se mettent en éventail, faites un pronostic très sérieux et affirmez que vous n'arriverez pas à corriger ce déplacement. Vous pourrez, dit M. Galippe, arrêter l'évolution, l'aggravation de cet état connu, mais il semble que la reprise de la position primitive soit chose difficile.

En un mot chez les gens d'un mauvais état général, d'une diathèse très accentuée, ne promettez pas la guérison radicale, promettez la cessation des symptômes : pus, ébranlement, douleur, l'écartement des complications et le prolongement de la durée des dents.

Le terrain et les conditions dans lesquelles vous allez opérer vous étant connus, assurez-vous bien que votre malade prendra de sa bouche tous les soins que vous exigerez et aussi longtemps que vous le voudrez.

Toutes ses particularités étant bien pesées, vous devez entreprendre avec énergie et conviction le traitement de la pyorrhée alvéolaire. Mais avant d'exposer le traitement curatif il nous semble logique de rappeler comment on évitera la pyorrhée alvéolaire.

1° Traitement préventif.

Le traitement préventif s'adresse à tous, mais surtout aux gens prédisposés. Lorsque les progrès de l'art dentaire aidant, on arrivera à se faire visiter la bouche par un spécialiste, régulièrement tous les six mois, que cet examen sera fait d'une façon attentive par un médecin consciencieux, le nombre des pyorrhées graves, sera probablement excessivement restreint.

Mais comme malheureusement, l'état des esprits n'en est pas encore là, nous devons du moins essayer de faire prendre ces habitudes aux gens que nous considérons comme des prédisposés.

Les goutteux, arthritiques, diabétiques, artério-scléreux, neuro-arthritiques, seront avertis par le praticien

médecin, seul capable de reconnaître leur diathèse, de l'utilité qu'il y a pour eux à se soumettre à des examens périodiques. Cet examen ne devra pas se limiter à eux, mais à leur descendance. Les tabétiques seront encore plus surveillés ; les syphilitiques à cause de la facilité avec laquelle ils font des gingivites ; ceux qui manient les produits toxiques, tels que le mercure, le phosphore, le plomb, etc..., ceux dont les dents sont trop serrées, et ceux dont le rebord alvéolaire est mince, en un mot, tous ceux que nous devons considérer comme des candidats à la pyorrhée, seront mis en garde.

Cet avertissement ayant été donné et avec insistance, vous allez donner à vos clients, tous les détails nécessaires pour l'hygiène et la toilette de leur bouche.

Chaque malade devra se munir d'une brosse à dents, dont les soies soient à la fois résistantes et souples, il serait même préférable qu'il en ait deux, une ordinaire et l'autre, dont la surface soit plus restreinte, moins longue, et dont les poils au lieu d'être taillés horizontalement, décrivent à partir de l'extrémité, une courbe descendante. Avec cette brosse, vous nettoyez les grosses molaires, que si peu de gens savent nettoyer, et qui sont souvent le point de départ de la pyorrhée.

Cette forme de brosse courte, peu volumineuse, sera plus facilement supportée par les arthritiques. On sait en effet que chez ces personnes il y a souvent de la pharyngite chronique, la luette est toujours un peu rouge, œdémateuse, traîne sur la base de la langue et, de plus que chez ces personnes, le réflexe pharyn-

gien est souvent exagéré. Qu'arrive t-il alors ? C'est que les personnes ayant des hauts-de-cœur chaque fois qu'elles essaient de nettoyer leurs dents du fond, finissent par les laisser complètement de côté. Il faudra attirer leur attention là-dessus, leur conseiller de surmonter et de résister au réflexe, ce à quoi elles arriveront. Cette brosse à dents doit être très dure, mais pour que cette dureté soit conservée et que la brosse soit maintenue propre et débarrassée des enduits plus ou moins visqueux, il faut prendre certaines précautions et ces précautions sont importantes surtout dans le cas de pyorrhée.

La brosse à dents ne doit pas être trempée plusieurs fois pendant une toilette buccale dans le verre qui contient l'élixir dentifrice. En effet, on infecte ainsi la solution qui, repassée sur les gencives, ne remplit plus le rôle antiseptique qu'elle doit remplir. On se contentera donc de verser de l'eau sur la brosse pour la nettoyer avant de la retremper dans la solution. La toilette terminée, la brosse devra être nettoyée à son tour et bien séchée. Le passage dans l'alcool serait certainement une excellente chose. Une brosse non nettoyée acquiert une mauvaise odeur et présente un enduit gras à la base des poils, si elle n'est pas bien séchée les poils se ramollissent très vite. Pour avoir une brosse aseptique, M. Hochet a présenté à la Société de stomatologie, en décembre 1901, une brosse creuse à irrigation. Le principe est celui-ci : nous avons un récipient rempli d'une solution dentifrice. Le liquide venant de ce récipient est amené à la brosse qui est

creuse et qui, au niveau de la région des poils est percée de trous. L'eau, chassée par la pression due à la surélévation du récipient, passe dans les poils de la brosse et les nettoie mécaniquement en même temps qu'elle fournit la solution antiseptique de la toilette. Les soies sont montées sur une plaquette mobile et peuvent être facilement remplacées. C'est assurément un perfectionnement hygiénique qui assure la propreté de l'instrument par l'irrigation continue et qui méritait d'être signalé, car il facilite le nettoyage. Ces détails, qui peuvent paraître oiseux, ont cependant une grande importance pour les gens atteints de pyorrhée et qui ont une bouche très infectée.

Maintenant que nous avons indiqué comment doit être une bonne brosse, comment on doit la tenir, il faudrait indiquer au client la manière de s'en servir, car peu de gens savent se servir de leur brosse à dents. Vous expliquerez que les mouvements horizontaux ne sont pas suffisants, qu'il faut aussi les verticaux. La face jugale n'est pas seule à exiger le passage de la brosse, il faut s'inquiéter aussi de la face buccale.

Avec quoi la personne doit-elle nettoyer ses dents ? Il est d'usage d'employer un dentifrice qui contient la substance antiseptique et une poudre qui joue le rôle mécanique. Comme élixir dentifrice, nous conseillons d'employer des alcoolats contenant des antiseptiques, l'acide phénique, par exemple.

La poudre dentifrice doit être finement pulvérisée et homogène ; c'est le difficile. Pour les gens peu fortunés, conseillez tout simplement la craie camphrée le matin

et après les repas, le savon ordinaire le soir avant de se coucher. Comme poudre dentifrice, nous employons la suivante :

Craie préparée et tamisée.	1	àà
Poudre d'iris porphyrisée.	10	gr.
Poudre de savon.	5	gr.
Essence de menthe.	10	gouttes.

Elle est peu coûteuse, nettoie bien et donne des dents très blanches.

Visites semestrielles, hygiène buccale par un nettoyage complet, par une bonne brosse bien tenue avec une liqueur antiseptique et une poudre bien faite, tel est ce que nous pouvons appeler le traitement de la pyorrhée.

Ne croyez pas, dit M. Ferrier dans un article de 1902 sur l'hygiène de la bouche, que tout ceci soit suffisant !

La brosse, à condition d'être assez dure, enlève les dépôts épithéliaux et muqueux qui se font constamment autour de tous les corps qui séjournent dans la bouche (dents naturelles, comme dents artificielles), mais elle ne les enlève que dans les parties accessibles : face labiale, linguale et triturante, c'est-à-dire, trois sur cinq. La poudre dentifrice aide à l'action de la brosse par ses particules dures ; dans les parties accessibles, les élixirs semblent devoir donner des résultats antiseptiques plus sérieux ; en fait, si on peut leur accorder cet avantage au point de vue de la muqueuse buccale, on est obligé de reconnaître qu'au point de vue des

dents, leur action ne va pas beaucoup plus loin que celle des poudres. Je veux bien qu'ils aseptisent les trois faces détergées par la brosse, mais les deux autres faces recouvertes des enduits muqueux dont nous avons parlé plus haut leur sont absolument inaccessibles, soit que l'enduit les protège contre l'action de l'antiseptique, soit même que l'interstice rempli d'un magma de mucus, de cellules épithéliales servant de milieu de culture à une flore abondante, ne lui permette même pas d'arriver au voisinage de ces faces. Donc tout ce que le client fait jusqu'à présent laisse intacts les interstices dentaires. Si vous voulez vous rendre compte de l'action que vous avez sur les interstices, prenez une personne venant de se livrer à ses soins de bouche ordinaire, enfoncez entre deux dents une sonde, voyez et sentez ce qu'elle ramène ; faites-en une culture si vous êtes outillé et votre religion sera éclairée sur l'efficacité des soins mécaniques que vient de prendre cette personne et sur l'action des antiseptiques.

Ce sont les interstices dentaires qui sont les foyers de l'infection buccale. C'est là qu'il faut combattre.

Faites acheter à votre client des cure-dents en bois assez fins, apprenez lui à monter sur eux des cotons. Ces cure-dents montés sont trempés dans de l'eau oxygénée et passés dans les interstices dentaires. Nous conseillons l'eau oxygénée médicinale neutralisée parce que c'est un excellent antiseptique qui dissout admirablement ces enduits visqueux qui comblent les interstices.

Tel est ce que nous appellerons le traitement préventif de la pyorrhée.

Nous devons dire que ces soins constituent un des moyens principaux du traitement curatif.

2° Traitement curatif.

Les moyens principaux dont nous disposons pour arriver à mener à bien la guérison de la pyorrhée alvéolaire peuvent se ranger sous cinq chapitres principaux :

1° Abrasion du tartre ;

2° Destruction des clapiers purulents et cautérisation des surfaces purulentes ;

3° Antisepsie buccale générale ;

4° Massage des gencives ;

5° Immobilisation des dents.

1° *Abrasion du tartre.* — C'est l'opération principale et sans laquelle tous les autres moyens seraient sans effet. C'est aussi la plus difficile car les gencives sont enflammées et les dents ébranlées. Il faut, pendant le nettoyage, les maintenir en plaçant un doigt sur leur bord incisif, sous peine soit de les extraire, soit de les luxer d'une façon plus ou moins complète et non sans provoquer des protestations de la part de votre patient. Nous avons vu par quel mécanisme le tartre se formait, comment il se précipitait sur les collets et les racines décollant gencive, ligament, ouvrant l'articulation à l'infection qui l'a engendré. Le tartre a deux variétés : il est dur ou mou. Dur, il s'enlève en écailles ; mou, il est plus ou moins consistant ; l'instrument n'enlève que la partie en contact avec lui, il indique une for-

mation rapide et il est en général plus ennuyeux à enlever. Le tartre est pour la plupart du temps accessible à la vue, mais parfois il faut pour l'apercevoir un examen attentif car, enfoncé sous la gencive, il ne traduit sa présence que par la gingivite qu'il détermine et la coloration qu'il donne aux gencives. Vous apercevrez souvent dans les espaces interdentaires une coloration noirâtre tranchant sur le rose des parties voisines. Essayez de soulever le cul de sac et vous apercevrez le tartre disposé en étages successifs marquant les stades de sa formation. Le tartre étant reconnu il s'agit de l'enlever. Je n'ai pas l'intention de décrire d'une façon détaillée la technique opératoire d'un nettoyage de bouche ni d'indiquer les instruments à employer. Je pense que tout ceci peut varier avec l'adresse et l'habitude de chacun. Je rappellerai seulement quelques principes :

Prenez des points d'appui sérieux afin d'éviter les échappées et par conséquent la blessure du malade. Servez-vous d'instruments finement aiguisés. Maintenez vos dents ébranlées en plaçant un doigt sur leur bord incisif ; attaquez franchement et énergiquement le morceau que vous voulez enlever ; suivez sa face lisse jusqu'à ce que vous sentiez l'encoche qui indique sa limite ; à cet endroit poussez ou tirez suivant la position et vous verrez votre tartre se détacher en gros morceaux. Enlevez tout tartre, apparent ou sous gingival, dur ou mou ; allez surtout dans les interstices, dit M. Hugenschmidt, et vous verrez la suppuration se tarir.

2° *Destruction des clapiers purulents et cautérisation des surfaces purulentes.* — Il s'agit maintenant de supprimer ce cul de-sac suppurant, les éléments qui le constituent étant à un stade plus ou moins avancé de destruction. Deux procédés restent en présence.

Le traitement chirurgical surtout préconisé par notre maître le D^r Cruet.

Le traitement dit médical par les caustiques.

Le traitement chirurgical que nous faisons toujours précéder d'une insensibilisation à la cocaïne consiste, comme nous l'avons dit plus haut, à enlever un morceau de gencive en V. L'injection sous-gingivale d'une solution contenant :

Cocaïne. 0 gr. 10 cent.

Eucaïne. 0 gr. 05 cent.

Adrénaline solution 1/1000 . XV gouttes.

Eau distillée 10 grammes.

ayant amené une insensibilisation de la muqueuse et provoqué une vaso-constriction énergique qui va restreindre l'hémorrhagie, il faut, dit M. Cruet, pour éviter les tâtonnements et les incertitudes opératoires, explorer les culs-de-sac, reconnaître leur profondeur et leur direction.

Cette exploration se fait avec un fil de platine à bout écrasé, pouvant se couder à volonté. Le fond du cul-de-sac atteint, ce qui n'est pas toujours facile quand le pertuis est étroit et a des diverticules, M. Cruet incise au ciseau et fait suivre cette incision de la cautérisation des surfaces au thermo-cautère, avec lequel

il fouille ensuite tous les recoins. Ce traitement a évidemment de grands avantages.

1° Il détruit d'un seul coup tous les culs-de-sac et supprime les clapiers.

2° Il permet le nettoyage et la cautérisation des surfaces malades.

3° Il permet de faire immédiatement une abrasion complète du tartre, de ce tartre fin, sous-gingival de l'enlèvement complet duquel vous n'êtes jamais sûr quand vous ne le voyez pas.

4° Il est énergique et rapide.

Mais malheureusement il présente dans son application rigoureuse de si graves inconvénients qu'on a cherché à lui en substituer un autre.

Je ne dirai qu'un mot de la frayeur des gens dans la bouche desquels vous promenez une lame rougie, car on peut lui faire d'autres reproches plus graves qui sont :

1° Les brûlures par rayonnements qui laissent la bouche excessivement douloureuse.

2° La possibilité de sequestres à la suite d'une application un peu prolongée.

3° La douleur que provoque la chaleur sur les dents, douleur qui peut aller jusqu'à l'exaspération, qui ne s'arrête pas avec l'application et qui peut durer plusieurs mois.

4° La difficulté qu'il y a à promener une pointe de thermo cautère dans le fond de la bouche et plus particulièrement dans les interstices des grosses molaires.

5° La nécessité qu'il y a de cautériser de nouveau les points qui restent suppurants.

6° La dénudation des racines, ce qui est fort laid surtout en avant.

7° L'aggravation momentanée de l'état buccal due à la suppuration des escharres, aggravation pouvant causer de la fièvre et nécessiter l'alitement.

Tous ces défauts lui font préférer dans la grande majorité des cas un procédé plus simple, plus facile, moins effrayant et surtout moins douloureux ; je veux parler de l'application des caustiques et en particulier de l'acide sulfurique fumant employé par M. Robin.

Mais nous ne condamnons pas la méthode car nous lui reconnaissons des avantages, nous la réservons pour quelques indications nettes qui sont les suivantes :

1° Avez-vous des décollements profonds avec suppuration persistante ? Incisez le cul-de sac.

2° Avez-vous du tartre dans les espaces interdentaires que vous ne pouvez enlever et qui entretient la suppuration ? Avec quelques pointes de feu remontez la gencive et vous aurez le tartre sous les yeux, il vous sera alors facile de l'enlever.

3° Avez-vous affaire à une personne ne disposant que de peu de temps et non effrayée ? Vous pouvez encore l'employer.

4° Voyez-vous quelques dents résister aux applications des caustiques ? Appliquez à celles-là le traitement chirurgical. Mais dans les autres cas, que la pyorrhée soit grave ou moyenne et à plus forte raison si c'est une pyorrhée à faible décollement ou au début, préférez-

lui l'acide de Nordhausen, avec lequel vous aurez les mêmes résultats et qui sera d'une application plus facile et moins effrayante ; avec lui vous calerez les douleurs d'arthrite, vous tarirez la suppuration et vous obtiendrez la consolidation.

Mais, dit M. Cruet, vous avez la persistance du cul-de-sac car la gencive ne recollera pas à la dent et celle-ci, jouant vis-à-vis de celle-là le rôle de corps étranger, va provoquer une irritation et l'entretien de la suppuration, ou au moins faciliter la récurrence ; mais dans un autre article M. Cruet dit : Ne croyez pas que, après le passage du thermo-cautère le dénudement des racines va persister tel que, la gencive va proliférer en partie et recouvrir une portion de la racine. Nous aurons donc à la suite de ce traitement une portion de gencive non adhérente, mais appliquée sur la racine ; nous ne voyons pas pourquoi si nous arrivons à cicatriser notre gencive et que celle-ci vienne s'appliquer exactement, nous ne voyons pas pourquoi la suppuration serait plus facile dans un cas que dans l'autre. Du reste, quelques-uns pensent, M. Hugenschmidt, entre autres, que la gencive a son utilité.

Nous allons donc cautériser la gencive avec l'acide sulfurique fumant.

Comment allons-nous appliquer ce caustique ? L'instrument à employer est un fil de platine écrasé à son extrémité, monté sur une baguette de verre ; cet instrument est souple à courbure facultative, il est propre, non attaqué par l'acide et trempé dans le liquide il en garde une quantité suffisante pour le collet d'une

dent. L'acide sulfurique de Nordhausen que M. Pierre Robin préconise est un liquide très dense fumant à l'air, très avide d'eau, aussi faut-il le conserver dans des flacons bouchés à l'émeri. Voici, suivant la description de M. Robin, comment il doit être employé. Au moment du besoin, on en verse quelques gouttes dans une cupule, on essuie le bouchon et le bord de la bouteille avec du coton et on referme immédiatement le flacon. Il est bien entendu que ce qui restera de liquide versé dans la cupule ne sera plus remis dans le flacon. Si vous voulez que l'acide ait toute son efficacité, appliquez-le sur des gencives bien desséchées et protégées de la salive pendant quelques instants. Chargez votre spatule, portez-la jusqu'au fond du décollement sans appuyer, de façon à ne pas provoquer d'hémorragie ; en la retirant, écarterez légèrement la gencive décollée et en la laissant retomber vous serez sûr que votre liquide va pénétrer partout. Evitez de laisser l'acide couler sur les gencives. Dès l'application la muqueuse blanchit et une sensation de chaleur intense se manifeste. Attendez deux ou trois minutes pendant lesquelles vous maintenez l'étanchéité du champ opératoire. Vous neutralisez alors l'excès d'acide avec une solution tiède et saturée de bicarbonate de soude. M. Hugenschmidt, qui avait d'abord préconisé cette neutralisation par la solution alcaline, a modifié son procédé ; à l'aide d'un insufflateur il projette sur les dents traitées une poudre composée de craie, bicarbonate de soude, et carbonate de magnésie, et déclare se trouver bien mieux de cette technique. Il n'emploie plus l'acide sulfurique dans les

pyorrhées où domine la sensibilité au froid et au chaud car il a remarqué que ce phénomène était aggravé par les applications d'acide.

Quand devons-nous faire une nouvelle cautérisation ?

Ma petite expérience me permet de dire que là-dessus il n'y a rien de fixe et comme le pense M. Robin, seule l'inspection de la muqueuse peut renseigner sur l'opportunité d'une nouvelle intervention. Au bout de quarante huit heures, en général, l'escharre s'élimine sous forme d'un lambeau blanchâtre et laisse sous elle la gencive cicatrisée ; cet aspect de la gencive ferme, dépourvue de la couche escharrotique indique qu'on peut cautériser de nouveau. Avec l'acide fumant, l'escharre ne subit pas la transformation purulente et son élimination est moins longue et moins douloureuse, il ne reste pas au-dessous d'elle de ces ulcérations persistantes et douloureuses qu'engendrent les autres acides. Dès la première application il y a une amélioration qui encourage le malade à continuer le traitement, malgré les douleurs d'ailleurs très supportables qu'il produit. J'ai interrogé M. Hugenschmidt sur ces douleurs, il m'a répondu qu'avec son acide il en avait très peu et qu'il les attribuait à une application un peu trop large. Je n'emploie, m'a-t-il dit, que des quantités minimales d'acides, je ne fais revenir mes malades qu'à des intervalles de 4, puis 8, puis 15 jours et en ne l'employant pas dans le cas où la sensibilité au froid et au chaud est trop grande, je n'ai pour ainsi dire jamais de douleurs. Peut-être obtiendrions-nous le même résultat avec l'acide fumant si nous faisons des applications

plus rares. Continuez à faire des applications à des intervalles, plus ou moins éloignés et vous verrez si votre malade prend de sa bouche les soins minutieux que vous lui avez prescrits et en particulier ses bains de bouche de cinq à dix minutes trois fois par jour avec de l'acide phénique ou du chloral au centième, vous verrez, dis-je, les gencives redevenir fermes et rosées, l'écoulement de pus se tarir et la consolidation se faire peu à peu. M. Hugenschmidt ajoute un petit détail à la toilette de bouche du soir. Après le bain il recommande au malade de prendre sur son index de la craie et de l'appliquer sur le collet des dents, face buccale, de façon à remplir à peu près les interstices.

Pourquoi employons-nous l'acide sulfurique plutôt que l'acide chromique, ou lactique, ou trichloracétique, etc..? Parce que c'est incontestablement celui qui donne les meilleurs et les plus rapides résultats en causant le moins de ravages sur les dents traitées. En effet, étant plus rapide comme action, les applications sont moins souvent répétées, aussi est-il moins nocif pour la dent? Tous les acides jusqu'ici employés ont une action décalcifiante intense et leur application a pour résultat de rendre les dents dont le collet est découvert, excessivement sensibles au point que les malades souffrent dès qu'ils ouvrent la bouche. M. Galippe a observé de ces faits chez les gens traités par de l'acide chromique. Cet acide est du reste beaucoup moins actif. L'acide sulfurique anhydre semble ne pas avoir de ces effets-là, serait-ce dû à la formation de sulfate de chaux

insoluble, c'est possible ; toujours est-il qu'il ne produit pas cette cryesthésie.

De tous les acides, c'est celui qui produit le moins vite des ravages. Des dents placées dans les divers acides sont détruites en plus ou moins longtemps. L'acide sulfurique est celui qui les détruit le plus lentement. Il détruit lentement le cul-de-sac gingival en favorisant la production d'un tissu fibreux de cicatrice. Il déterge admirablement les surfaces suppurantes de ce cul-de-sac. Pour toutes ces raisons il nous a semblé préférable à tous les autres acides et c'est son emploi que nous préconisons de préférence à tout autre. Il donne des résultats surprenants dans les pyorrhées graves, où il demande à être quelquefois aidé par le thermo-cautère ; il suffit à lui seul dans les pyorrhées moyennes. Les pyorrhées au début sont rapidement guéries par lui. N'importe quel médecin, spécialiste ou non, peut faire ces cautérisations telles que nous les avons indiquées sans danger, et jusqu'à aujourd'hui il n'a pas été observé d'accident. On lui a reproché d'être douloureux, et ceci est vrai, mais nous dirons que ces douleurs sont moindres, qu'avec les autres caustiques et que vu la rapidité du résultat on peut bien passer un petit peu là-dessus.

3° Antisepsie buccale générale.

Nous avons préconisé comme autre moyen de traitement l'antisepsie buccale et nous insistons particulièrement sur le bain de bouche de 5 à 10 minutes avec la

solution phéniquée à 1 0/0. Le bain doit être pris au moins deux fois par jour. Nous avons décrit les soins de la bouche dans le chapitre du traitement préventif.

4° Massage des gencives.

Les dents étant bien propres, dit M. Hugenschmitd, on aura recours au massage des gencives, deux fois par jour, pendant deux minutes au moins, massage qui doit être effectué avec l'index. La friction doit partir de la ligne médiane vers la région postérieure, pour revenir à la ligne médiane, au maxillaire supérieur comme à l'inférieur, en dedans comme en dehors.

Ce massage va avoir un double effet :

1° Il va débarrasser les culs de-sac du pus qui stagne. M. Hugenschmitd cependant, recommande de ne pas trop insister à ces endroits ;

2° Il va exciter la circulation, dissiper les infiltrations ligamenteuses et gingivales, en facilitant leur résorption et il va de plus calmer les douleurs.

C'est un procédé très utile, très bon, malheureusement trop laissé de côté par les praticiens, et qui ne mérite pas cet abandon.

5° Immobilisation des dents.

Le cinquième des moyens est l'immobilisation.

C'est un moyen que vous n'appliquerez pas dans tous les cas, il n'est pas nécessaire d'immobiliser des dents

à peine ébranlées, bien que quelques esprits assimilant l'arthrite déterminée par la pyorrhée, à une arthrite ordinaire, aient pensé que la guérison pourrait s'obtenir par l'immobilisation.

Nous croyons que sauf quelques indications nettes, elle n'est pas utile. Employez la chez les personnes dont les dents remuent, au point d'empêcher la mastication, chez celles que vous jugerez incurables et qui, malgré cela, ne voudront pas se résoudre à l'extraction. Vous leur permettrez par ce moyen, de se servir de leurs dents sans souffrance, et de les conserver beaucoup plus longtemps.

On pratique cette opération au moyen de fils de soie ou de platine, et on fait ce qu'on appelle la ligature en palissade. Attachez le fil le plus près possible de la face triturante, et non près du collet. Je dis qu'il ne faut pas faire glisser le fil trop bas, parce que :

- 1° Les dents seraient moins bien immobilisées ;
- 2° Le fil glisserait sur la dent et irait la déchausser ;
- 3° Son contact avec la gencive produirait une irritation ;

4° Il rendrait le nettoyage des interstices impossible et favoriserait par conséquent l'infection buccale.

Telle est, d'une manière générale, la technique à suivre pour arriver à guérir la pyorrhée alvéolaire, qui est encore guérissable.

Il faudra aussi que vous soigniez les complications possibles, que vous perciez les abcès gingivaux, que vous reformiez les articulations défectueuses par allongement de certaines dents, que vous enleviez les séques-

tres et que vous calmez les névralgies. Et, dans les cas que vous jugerez incurables, lorsque les malades feront des difficultés pour se laisser extraire des dents dépourvues de toute adhérence, si ces dents sont assez bonnes, proposez-leur de monter leurs propres dents en appareil, comme le fait mon maître le D^r Rodier. Vous verrez ainsi des personnes accepter des extractions qu'elles ne voulaient pas subir. Vous ferez un travail utile, qui ne transformera d'aucune façon la physionomie de votre client et qui le débarrassera de ce foyer d'infection.

Et si voulez faire de la bonne thérapeutique à ces soins locaux, ajoutez un traitement général.

OBSERVATIONS

Observation 1

(personnelle).

Mme L .. J..., âgée de 40 ans, cuisinière, se présente à la consultation de la Charité en novembre 1902. Elle se plaint de ne pouvoir mastiquer parce que ses dents sont douloureuses à la pression et sont de plus très ébranlées.

Les dents présentent des échancrures sur leur bord incisif et leur forme est irrégulière. L'articulation est défectueuse, elle a du prognatisme ; les incisives inférieures passent en avant des supérieures qui sont légèrement en rétroversion. Il manque les deux premières molaires supérieures gauches et les trois molaires du côté droit en haut. Il manque également l'incisive centrale supérieure droite. Les gencives sont rouges, les dents sont déchaussées, recouvertes de tartre, ébranlées. Il y a du décollement gingival, de la résorption alvéolaire et la pression fait sourdre du pus. Nous portons le diagnostic de pyorrhée alvéolaire.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Nuls.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Elle aurait eu des convulsions étant jeune ; elle a marché très tard. Elle n'a jamais eu de rhumatisme mais elle a eu quelquefois des coliques hépatiques

pour lesquelles elle a été traitée. Elle n'a jamais eu de fièvres graves mais a toujours été d'une santé délicate. Elle a été réglée à 16 ans. Les règles sont peu abondantes et irrégulières. La personne est très impressionnable, elle est de petite taille ; c'est pour nous une rachitique.

Elle souffre de ses dents depuis deux ans.

Nous commençons par meuler ses incisives inférieures et nous nous mettons en devoir de faire l'abrasion du tartre d'une façon aussi minutieuse que possible. Le décollement n'étant pas profond, la résorption de la gencive et de l'alvéole ayant marché d'une façon parallèle l'opération n'est pas très difficile. Le jour même nous faisons une application d'acide sulfurique de Nordhausen, application qui n'est pas douloureuse. Nous prescrivons à la personne des bains de bouche et une toilette buccale soignée. Quatre jours après la malade revient ; nous enlevons le tartre qui reste. Les gencives saignent moins, l'ébranlement persiste tel que ; la mastication est toujours pénible, mais on dirait que le pus est moins abondant, nous faisons une nouvelle application qui est bien supportée. Trois jours après la malade revient, elle mastique mieux, les gencives ont un aspect de santé qui nous frappe et la malade déclare qu'elle va mieux. Elle revient dans la suite régulièrement, petit à petit les dents se consolident et la suppuration disparaît, il n'y a plus de gêne à la mastication. Un mois après tous les phénomènes objectifs ont disparu et les dents sont presque complètement consolidées. Nous laissons partir la malade en lui recommandant de continuer à se soigner la bouche et à revenir nous voir tous les trois mois. Nous avons revu cette personne fin juin et la guérison avait persisté, l'infection n'avait pas repris.

Observation 2

(personnelle).

Mme V..., se présente à la consultation dentaire de Lariboisière en janvier 1903, elle est envoyée d'un service de médecine pour qu'on lui fasse un nettoyage de bouche. Elle est traitée à l'hôpital pour un iritis d'origine spécifique et qui la rend presque aveugle. L'haleine est fétide, la salivation abondante, les gencives sont rouges et tuméfiées, la mastication est pénible, les dents sont recouvertes de tartre. Nous faisons le diagnostic de stomatite mercurielle et prescrivons des bains de bouche avec du chloral à 1 0/0. J'indique à la malade la façon dont elle doit nettoyer ses dents avec une bonne brosse et du savon.

Quelques jours après la malade revient, la bouche va beaucoup mieux et nous l'examinons en détail. Je remarque que son articulation est vicieuse, les 4 incisives supérieures heurtant les incisives inférieures ont de l'arthrite traumatique, les dents sont ébranlées et le cul-de-sac suppure abondamment, le décollement gingival est très accentué.

La malade raconte que l'inflammation de la bouche date de plusieurs années. Il y a 4 ans à la suite d'un traitement mercuriel elle eut une poussée de stomatite mercurielle qui fut traitée par des gargarismes et un collutoire ; elle ne guérit jamais complètement.

Dans le courant du traitement elle eut deux ou trois fois d'autres poussées qui obligèrent à suspendre le traitement mercuriel.

Aujourd'hui elle a de la pyorrhée, de la pyorrhée grave consécutive à de la stomatite mercurielle.

Nous procédons d'abord à la rectification de l'articulation ; puis nous faisons l'abrasion du tartre, opération qui fut ici particulièrement difficile à cause du décollement profond qui cachait le tartre sous-gingival. Nous fîmes le jour même une application de Nordhausen, application qui fut très douloureuse et nous prescrivîmes à la personne les soins de bouche ordinaires ainsi que des bains.

Quatre jours après la malade revient, la bouche était absolument transformée d'aspect.

Cependant les dents branlaient et le pus suintait toujours abondamment. La personne n'avait pas pris de sa bouche tous les soins indiqués, les interstices avaient été particulièrement oubliés. Cette négligence persista du reste toute la durée du traitement.

Nous traitâmes la malade plus d'un mois et demi avec l'acide fumant. Au bout de ce temps les dents étaient consolidées et il n'y avait plus de suppuration sauf à l'incisive centrale gauche supérieure et à l'incisive latérale droite supérieure. Nous devons dire que malgré toutes les cautérisations à l'acide nous échouâmes complètement pour ces deux dents-là.

La malade alors se lassa et ne vint plus. Elle revint à la consultation deux mois après faire nettoyer ses dents qui étaient couvertes de tartre mou ; nous en fîmes l'abrasion et cautérîsâmes la gencive ; l'infection avait repris en plusieurs points.

Devant cette obstination à ne pas nettoyer la bouche d'une façon complète nous ne continuâmes pas le traitement. Nous revoyons la malade environ tous les mois et chaque mois il faut enlever des quantités de tartre mou.

De cette observation il nous est permis de tirer la conclusion suivante : La malade améliorée par le traitement n'a dû

qu'à son manque d'hygiène la persistance de sa maladie

Nous pensons toutefois qu'ici nous aurions puissamment facilité la guérison si nous avions fait l'incision du profond cul-de sac des incisives.

Observation 3

(personnelle).

En janvier 1903 se présente à la consultation dentaire de la Charité M. L. .. employé des postes, qui vient consulter pour une pyorrhée rebelle dont il présente tous les symptômes.

Le malade fut traité par M. Ducréquy d'Alger qui lui enleva le tartre, fit l'incision du cul-de-sac de l'incisive supérieure droite. Malgré ces soins et une hygiène suivie le malade ne guérit pas. On lui fit alors des attouchements à l'acide chromique qui ne donnèrent pas de meilleurs résultats.

A son arrivée à la Charité on remarque que le tartre est abondant, que les gencives sont décollées et que le sillon est plein de pus ; quelques dents sont particulièrement ébranlées. Son incisive centrale droite a sa racine dénudée et malgré cela le pus suinte toujours.

Après un nettoyage sérieux je fis, sur les conseils de M. Robin, une application d'acide de Nordhausen. Les phénomènes s'apaisèrent petit à petit. Pendant un mois le malade vint régulièrement. La dent qui persista le plus fut l'incisive dénudée. Enfin au bout du mois la consolidation était effectuée, la suppuration tarie et le malade guéri put partir ; nous ne l'avons plus revu.

Observation 4

(personnelle).

Mme X., âgée de 31 ans, se présente à la consultation dentaire de Lariboisière à la fin octobre. Elle se plaint d'élançements dans les gencives et les dents. Les douleurs siègent surtout au niveau des deux premières grosses molaires inférieures droites et gauches. La mastication est peu douloureuse. Les dents sont peu sensibles au froid et au chaud mais il y a des douleurs spontanées si vives que la malade ne peut dormir la nuit. Il n'y a pas à soupçonner de la pulpite car les dents sont absolument sans carie et la bouche est bien tenue.

Ces phénomènes ont débuté il y a deux ans. La malade a remarqué que des poussées gingivales aiguës et généralisées se produisaient chaque mois à l'époque des règles. Les gencives alors deviennent rouges et tuméfiées. La malade a souvent des névralgies irradiées le long de la branche horizontale de son maxillaire inférieur. La constriction des mâchoires soulage la malade. Elle appartient à une famille de rhumatisants, sa sœur aînée a eu des poussées aiguës de rhumatisme et a dû garder le lit. Sa mère est morte d'un cancer, son père est vivant et bien portant mais il a perdu ses dents de bonne heure et sans qu'elles fussent gâtées. Sa sœur a également perdu ses dents à l'âge de 18 ans de même que son frère. Elle est la seule de la famille à avoir conservé ses dents et nous attribuons ceci aux soins qu'elle prend de sa bouche. L'articulation est bonne, les dents sont serrées. Les gencives ont un aspect violacé, plus sombre au niveau des interstices. Il y a là du tartre en petite quantité mais qui pénètre loin sous la gencive assez profondément décol-

lée surtout au niveau de ses grosses molaires inférieures droites et gauches.

L'appareil respiratoire est bon, elle n'a jamais eu de bronchite mais elle a été sujette aux angines et on lui a enlevé les amygdales. Rien à l'appareil circulatoire.

Appareil digestif. — La digestion se faisait bien jusqu'après sadeuxième grossesse. A ce moment-là elle a eu des aigreurs de suite après le repas, du ballonnement, des maux de tête fréquents, une constipation opiniâtre qui nécessitait des purgations fréquentes. La langue était saburrale et les gencives irritées saignaient facilement.

Elle a été réglée à 14 ans régulièrement.

Elle a eu deux enfants vivants et bien portants.

Elle est aussi très impressionnable et pleure facilement.

Le premier jour je lui fis en partie l'abrasion du tartre et je touchai les gencives à l'acide trichloracétique. Les douleurs au lieu de diminuer augmentent.

Trois jours après je continue l'abrasion du tartre et pour y arriver je détruis les interstices des incisives avec le thermocautère, de cette manière j'arrive à enlever le tartre sous-gingival : je procède de la même manière au niveau des grosses molaires.

A la suite de cette cautérisation les douleurs augmentent beaucoup mais la suppuration se tarit. Je continue alors à toucher à l'acide trichloracétique mais sous l'escharre il reste de petites ulcérations très douloureuses.

Je fais alors une application d'acide sulfurique fumant, application légère et j'ordonne des bains de bouche fréquents. Je recommande d'enduire le soir les espaces interdentaires avec de la craie. La suppuration se tarit complètement, les douleurs

au froid et au chaud disparaissent, mais les deux molaires inférieures droites et gauches restent sensibles et douloureuses.

Après une nouvelle application, les douleurs ont de nouveau diminué, les douleurs spontanées et les névralgies ont disparu les gencives ont un aspect de santé.

Je touche alors au thermo-cautère un point situé au collet de la première molaire inférieure droite qui continuait à suppuré, la dent persistait à être douloureuse. Ceci fait et les soins d'hygiène, le massage étant pratiqués très bien, je remarque que tout rentre dans l'ordre, que les douleurs ont disparu et la suppuration est tarie complètement. Je considère la malade comme guérie mais je vais continuer les cautérisations pendant huit ou dix jours afin d'empêcher la récurrence.

CONCLUSIONS

La pyorrhée alvéolaire est une affection grave liée le plus souvent à une diathèse.

Elle rend la mastication pénible, engendre des névralgies rebelles, une odeur de l'haleine caractéristique.

Elle produit une auto-intoxication lente due à la déglutition continuelle de pus et des produits septiques de la bouche ; elle amène la chute des dents.

C'est une affection que nous devons reconnaître et traiter. Curable souvent, elle est toujours susceptible d'être améliorée au point de n'engendrer aucune complication et de perdre son action nocive sur l'état général.

Les prédisposés doivent traiter leur diathèse, suivre une hygiène buccale sévère, faire visiter leur bouche semestriellement.

Le traitement de la maladie consiste :

A faire d'abord une abrasion complète du tartre.

A cautériser les culs de-sac avec de l'acide de Nordhausen, neutralisé ensuite par le bicarbonate de soude.

A détruire les clapiers trop profonds à suppuration persistante en les incisant au bistouri.

A cautériser ensuite les surfaces réséquées avec le thermo-cautère ou l'acide fumant.

A masser les gencives pour y activer la circulation et hâter la résorption des infiltrations.

A immobiliser les dents gênant la mastication.

A extraire les dents n'ayant plus d'attache osseuse.

A nettoyer fréquemment la bouche avec une bonne brosse et une poudre.

A l'antiseptiser avec une solution antiseptique.

A prendre trois fois par jour des bains de bouche de 5 à 10 minutes avec une solution phéniquée à 1 0/0.

A nettoyer minutieusement avec des cotons montés sur des petits cure-dents ou avec des soies cirées les faces interstitielles.

A combler le soir avant le coucher, ces interstices avec de la craie.

Vu : le Président de la thèse

TILLAUX

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
Pour le Vice-Recteur
L'Inspecteur de l'Académie.

LANIER